

Bettfysiologi - remissmall

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Remissmallen är **en bilaga till remissen** i patientens tandvårdsjournal där patientens och remittentens aktuella kontaktuppgifter ska finnas.

Remissmallen ifylles på dator.

Remissen i patientens tandvårdsjournal inklusive remissmallen för bettfysiologi skickas manuellt till Smärtrehabilitering Säter, Box 350, 783 27 Säter.

Patient: Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Patient: Efternamn

Patient: Förnamn

Samtycker patienten till att den verksamhet som remissen skickas till, tar del av de ospärrade journaluppgifter som verksamheten behöver för att utföra sina arbetsuppgifter och som tillgängliggjorts av andra vårdgivare i system innebärande sammanhållande journalföring? Ja Nej

Remissorsak:

Anamnes:

1) Gör det ont i tinningen, ansiktet, käklederna eller käkarna en gång i veckan eller oftare?

Ja Nej

2) Gör det ont när patienten gapar eller tuggar en gång i veckan eller oftare?

Ja Nej

3) Har patienten låsningar eller upphakningar i käken en gång i veckan eller oftare?

Ja Nej

4a) Vilket övrigt/vilka övriga symtom har patienten i käkar/ansikte/huvud och var är det lokaliserat/de lokaliserade?

4b) Hur ofta finns symtomet/symtomen?

5a) Hur länge har symtom funnits i tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud?

5b) Varierar symtomen under dygnet?

Ja Nej

Om Ja, beskriv hur:

6) Finns det faktorer som påverkar symtomen, till exempel tuggning, gapning, stress?

Ja Nej

Om Ja, beskriv:

7) Hur påverkar symtomen patientens dagliga liv, till exempel äta, tala, svårighet att utföra vanliga vardagliga sysslor?

8) Har patienten någon ovana som kan belasta käksystemet på ett ofördelaktigt sätt, till exempel nagelbitning, frekvent tuggummituggning, frekvent lätt tandkontakt dagtid, tandpressning, tandgnissling? Ja Nej

Om Ja, beskriv:

9) Har patienten varit utsatt för trauma mot tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud?

Ja Nej

Om Ja: När/var/hur?

10) Har patienten utretts hos läkare eller annan behandlare för de aktuella besvären i tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud?

Ja Nej

Om Ja: Vilken information/bedömning/behandling har gjorts av läkare eller annan behandlare?

11) Har patienten smärta i nacke/axlar?

Ja Nej

Har patienten smärta med annan lokalisation än tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud /nacke/axlar?

Ja Nej

Om Ja: Var är smärtan lokaliserad?

Om Ja: Vilken hjälp har patienten fått i vården/av annan behandlare med sin smärtproblematik?

12) Har patienten sömnproblematik?

Ja Nej

Om Ja, beskriv:

13) Psykosocial anamnes, till exempel arbets-/hemförhållanden.

14) Har patienten tidigare och/eller nuvarande kontakt med psykiatri/BUP?

Ja Nej

Om Ja, kommentar:

15) Har patienten tidigare och/eller nuvarande missbruksproblematik?

Ja Nej

Om Ja, kommentar:

16) Har patienten nu/har patienten tidigare haft någon annan sjukdom eller skada som krävt sjukhusvistelse eller längre läkarkontakt?

Ja Nej

Om Ja, kommentar:

17) Har patienten eller har haft tumörsjukdom?

Ja Nej

Om Ja, kommentar:

18) Aktuell medicinering

Ja Nej

Om Ja, beskriv:

19) Hur försörjer sig patienten idag?

	25%	50%	75%	100%	
Arbete					
Studier					
Sjukskrivning					Från år/månad:
Sjukersättning					Från år/månad:
Arbetsökande					Från år/månad:
Annat					Vad?: Från år/månad:

20) Behöver patienten tolk?

Ja Nej

Om Ja: språket är

Status:

21) Palpationsömhet käkled, käkmuskulatur;

Ja Nej

Om Ja, beskriv:

22) Käkledsljud:

Ja Nej

Om Ja, beskriv:

23a) Aktiv gapförmåga (när patienten gapar själv även om det smärta)

mellan incisalskär mm + vertikal överbitning mm

23b) Passiv gapförmåga (när terapeuten töjer gapet vid gapningen)

mellan incisalskär mm + vertikal överbitning mm

24) Finns intraorala tecken på käkovanor, till exempel kindlist, tungimpressioner?

Ja Nej

Om Ja, beskriv:

25) Status övrigt, till exempel typ av befintlig bettskena och dess passform, bettförhållanden.

Sammanfattning:

26) Eventuella dentala orsaker till smärta i det orofaciala området är uteslutna:

Ja

Kommentar:

27) Relevant radiologisk undersökning är utförd Ja

Resultat/Kommentar:

Diagnos:

28) Vilken diagnos/vilka diagnoser bedömer du att patienten har i tinning/ansikte/käkleder/käkar/huvud?

Behandling:

Fråga 29a. Vilken/vilka bettfysiologiska behandlingar har patienten fått, till exempel

A. information om vikten av att identifiera och bryta eventuella käkovanor/parafunktioner under dagen

B. instruktion om hur man intar avslappnat käkläge/kroppshållning

C. instruktion i käkövningar och isåfall vilken/vilka

D. bettskena hård

E. bettskena mjuk

F. Annat?

29b) Hur länge har behandling pågått?

29c) Vilket resultat har behandling gett?

Tandläkare:

Klinik:

Ort:
